44e Année. — N° 35. Vendredi 27 Août 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies mentales : Contribution à l'étude de l'Open-Door, par le Dr E. Marandon de Montyel, 548. — **Bibliographie** : La cure marine de la phtisie pulmonaire, par le Dr Lalesque, 549. — **Revue de la presse** : Diagnostic de la scrofule, 549. — **Académie de médecine** : *Séance du 24 août* 1897. Présidence de M. Caventou. — Un acarien dangereux des îles de la mer des Indes, 550. — Compression digitale de la prostate, 551. — Sérothérapie préventive du tétanos, 551. — **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France** *tenu à Toulouse du 2 au 8 août* 1897 (*suite et fin*). — Etiologie et pathogénie de la paralysie générale, 551. — Syphilis et paralysie générale, 551. — De la folie paludique, 551. — Les aliénés vagabonds, 552. — Les hallucinations de l'ouïe dans la démence sénile, 552. — Pathogénie des borborygmes rythmés, 552. — La moelle épinière des aliénés, 552. — Un cas d'hémiplégie chez l'enfant, 552. — La rééducation suggestive de la volonté, 553. — Toxicité urinaire dans la chorée chronique héréditaire, 553. — Tumeurs tuberculeuses du cervelet, 553. — Le délire mélancolique, 553. — L'assistance des aliénés dans les familles, 553. — Les obsessions, 553. — Tumeurs multiples de l'encéphale et de la moelle allongée. Neuro-fibromatose centrale, 553. — **Association française pour l'avancement des sciences**. *Congrès de Saint-Étienne tenu du 5 au 12 août* 1897 (*suite et fin*). — L'organisation de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires des divers degrés, 554. — Hémorrhagie mortelle consécutive à la section du frein sublingual chez un enfant à sa naissance, 554. — Des suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires, 554. — Amblyopies par l'alcool et le tabac dans la région lyonnaise, 555. — Caractères radiographiques comparés de la goutte, du rhumatisme chronique et de la tuberculose, 555. — Radiographie, 555. — Rhumatisme goutteux, 556. — Traitement du mal de Pott, 557. — **XIe Congrès international de médecine** *tenu à Moscou du 19 au 26 août* 1897. — Pathogénie de la chlorose, 558. — Les défenses gastro-intestinales vis-à-vis des toxines, 558. — Les modifications des échanges. Le type nutritif dans l'immunité, 559. — Urologie du nouveau-né, 559. — **Nouvelles**, 559.

MALADIES MENTALES

Contribution à l'étude de l'Open-Door

par le Dr E. Marandon de Montyel
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

On désigne sous le nom d'*Open-Door* (la porte ouverte) ensemble des mesures qui constituent la nouvelle thérapeutique des aliénés, laquelle, inaugurée en Écosse, ent à remplacer partout la vieille méthode de l'isolement, réputée seule capable jusque dans ces derniers emps de rendre la raison aux malheureux qui l'avaient erdue. Le nouveau traitement est la négation complète e l'ancien; aux asiles fermés il substitue l'asile aux ortes ouvertes, sans murs ni intérieurs ni extérieurs, ans sauts de loup ni galeries couvertes, l'asile sous forme d'un village dans lequel circulent en complète liberté 60 à 70 p. 100 des aliénés hospitalisés tandis que les 30 à 40 p. 100 qui restent, malades agités ou dangereux, sont tenus dans de coquettes villas que ferment seulement des serrures ordinaires et une grille élégante. Mais ce n'est pas seulement l'établissement que transforme l'open-door. C'est encore et avant tout la méthode thérapeutique; il condamne en effet l'isolement, base fondamentale du traitement actuel et demande que les malades autant que le permet leur état mental vivent à l'asile de leur vie ordinaire; en conséquence les visites des parents et amis ont lieu à volonté tous les jours sans fixation d'heure ni de durée; les visiteurs qui le désirent, prennent leur repas avec les aliénés dans une salle de l'établissement, comme au restaurant; ils amènent ceux-ci villégiaturer dans les environs, les prennent chez eux plusieurs jours au cours du traitement, et durant un mois lors de la convalescence pour bien s'assurer de la solidité de la guérison avec la latitude de les ramener si les résultats ne répondent pas à leur attente; en outre, liberté absolue d'écrire et abolition de toute punition, la restriction de la liberté accordée étant le seul moyen de maintenir l'ordre.

S'il n'a pas été en mon pouvoir de placer les aliénés confiés à mes soins dans un asile-village, du moins j'ai pu, depuis huit ans, grâce à une bienveillante tolérance de l'Administration supérieure, expérimenter la méthode thérapeutique de liberté dans toute sa plénitude. Durant ces huit années avec un service de *sept cents aliénés* et un mouvement annuel d'entrée de *huit à neuf cents* malades, *je n'ai pas eu un seul accident, pas un seul.* La preuve est ainsi archi-faite que dans nos pays cette thérapeutique si hardie et en apparence si périlleuse n'expose à aucun danger quand on a soin de bien connaître ses sujets et d'agir à bon escient. D'un autre côté, mes malades ont retiré de cette liberté débordante que je leur octroyais à eux et à leurs parents, les plus grands avantages au point de vue de leur guérison, en même temps que le séjour de l'asile leur est devenu agréable, une vraie villégiature dont profitaient en partie la famille, grâce aux facilités accordées pour visiter les aliénés, manger avec eux et se promener dans les environs.

Aussi ai-je cru de voir dans une série d'articles publié dans les *Archives de Neurologie*, les *Annales médico-psychologiques*, les *Annales d'hygiène publique* et la *Lecture médicale* mener une active campagne en faveur

de cette nouvelle méthode thérapeutique très négligée ou même pas du tout appliquée chez nous jusqu'ici. Ces articles ont amené une discussion qui se déroule en ce moment au sein de la Société médico-psychologique et qui, je l'espère, décidera les aliénistes français à dépouiller le vieil homme, à abandonner l'isolement, en réalité si fatal à l'aliéné. Mais dans cette question pour être réellement utile, il importe, je crois, d'établir une distinction indispensable entre les services publics d'indigents et les pensionnats, il importe aussi de distinguer les côtés de l'open-door, le côté moral et le côté architectural, peut-on dire, car les conditions des maisons de santé ne sont pas du tout celles des asiles, et on peut être partisan du côté moral de l'open-door et l'appliquer sans en adopter le côté architectural. Le démontrer est le but de mon mémoire.

L'utilité de ces deux choses m'est prouvée par la réponse que M. Christian a bien voulu faire en mars dernier, dans les *Annales médico-psychologiques*, à mes publications sur ce sujet, réponse très vive, mais aussi très courtoise et très aimable, car la plume de notre collègue, plus bienfaisante que la mienne, est de celles dont on a dit qu'elles guérissent comme la lance d'Achille les blessures qu'elles font. Et, tout d'abord, je ne dissimulerai pas à mon éminent confrère de Charenton la joie vive qu'il m'a procurée en apprenant aux aliénistes français que, non seulement, il était un partisan décidé de la méthode de liberté, mais encore que M. Ritti et lui l'appliquaient *avec un plein succès* dans leurs services *depuis plus de dix-huit ans*. M. Christian passe, avec raison, pour un des esprits les plus calmes et les mieux pondérés du service. Homme du Nord ou tout au moins du Nord-Est, il n'est pas suspect, lui, comme moi, d'un de ces emballements inhérents aux natures tropicales, nées et développées comme la mienne entre le cancer et le capricorne. Sa parole a, par conséquent, une autorité et un poids que n'a pas ma parole et il ne pouvait rien arriver de plus heureux à la cause que je défends que d'avoir pour elle un tel partisan venant certifier que *depuis dix-huit ans*, et au *plus grand profit des malades*, il applique, ainsi que M. Ritti, la méthode de liberté sans restriction aucune.

Mais M. Christian me reproche de n'avoir précisément pas parlé dans mes articles de l'application, à Charenton, de cette méthode de liberté, application que je parais ignorer et qui lui donne, à lui et à M. Ritti, de si beaux succès, et c'est ce reproche qui me prouve la nécessité du premier point dont j'ai parlé plus haut, de ne pas mêler dans cette question les services publics d'indigents et les pensionnats. Sans doute, la folie du pauvre est la même que celle du riche, mais les conditions de son hospitalisation ne sont pas les mêmes, pas du tout les mêmes.

Je connaissais, en effet, la pratique de mes deux collègues ; M. Christian est beaucoup trop modeste de se figurer que le bon renom de Charenton ne soit pas arrivé jusqu'à Ville-Evrard ; il s'étend et rayonne bien au delà. Je n'ignorais donc pas l'application faite à Charenton de la méthode de liberté par ses deux éminents médecins ; si je n'en ai pas parlé, c'est par la raison que je viens de donner et qui m'a également empêché de parler du Pensionnat de Ville-Evrard, car je n'avais pas besoin de regarder par delà la Marne et le plateau de Gravelle pour apercevoir l'open-door à Saint-Maurice, il me suffisait de regarder en face de moi, du côté de notre Maison de santé.

En effet, au Pensionnat de Ville-Evrard, l'open-door fleurit en grand ; la maison a même cet avantage sur Charenton d'être composée de villas, fermées non par des murs, mais par de simples grilles très élégantes, villas situées dans un parc immense et de toute beauté. Quand en janvier 1888, je pris la direction médicale du service des hommes en entier, pensionnats et indigents, je trouvais à la Maison de santé l'application complète de la méthode de liberté telle qu'à Charenton.

Et pourtant, dans mes articles, je n'ai pas plus parlé du Pensionnat de Ville-Evrard que je n'ai parlé de Charenton. Pourquoi ? Parce que ce sont, je le répète, des services absolument différents des nôtres. Je ne plaide pas la cause des riches, je plaide celle des pauvres et je m'indigne précisément de voir refuser à ceux-ci ce qu'on prodigue avec tant de libéralité à ceux-là. Les médecins de Charenton et de la Maison de santé de Ville-Evrard, j'ai eu occasion, une fois déjà, dans une autre circonstance de le dire, sont les aliénistes de la Chaussée-d'Antin et du faubourg Saint-Germain tandis que nous sommes, nous, les aliénistes du faubourg Saint-Antoine et des Batignolles. Il n'y a donc pas de rapprochement possible entre nos deux genres de services. Et la preuve je vais la fournir tout de suite. J'ai dit ce que je trouvai au Pensionnat de Ville-Evrard quand j'arrivai en janvier 1888 et on a vu que c'était exactement la même chose au Pensionnat de Charenton. Eh bien ! veut-on savoir maintenant ce que je trouvai à l'asile qu'une simple route sépare de la Maison de santé et qui relevait de la même direction médicale et administrative, puisqu'avant mon arrivée les services étaient réunis ? J'y trouvai quoi... *le bouclage complet de l'aliéné*. Pour lui jamais de villégiature avec la famille, jamais de congé au cours de traitement, jamais de sorties provisoires, jamais de repas en commun, les visites, limitées, à heures et à jours fixes, et une discipline sévère.

Ainsi à gauche de la route c'était la méthode de liberté, à droite la méthode d'isolement et comme je m'étonnais de ce contraste, un de mes indigents se chargea de m'en fournir l'explication : c'est, me dit-il dans son langage faubourien, parce que à la maison de santé ce sont les messieurs de la haute, tandis qu'à l'asile ce sont les pauvres bougres. Eh bien ! je me révoltais contre une telle inégalité, je me refusais à être un médecin à double méthode, une large et généreuse pour les messieurs de la haute, comme disait mon

alade, l'autre étroite et oppressive pour les pauvres ougres. Car enfin, ou la méthode de liberté appliquée pensionnat était une concession faite aux familles détriment de l'état mental des malades et alors il llait s'empresser de la supprimer, ou, au contraire, les iénés payants en tiraient profit et alors il fallait s'emresser d'en faire bénéficier les indigents, beaucoup us nombreux et beaucoup plus intéressants. Oui, eaucoup plus intéressants, car la folie du pauvre est resque toujours une femme dans la misère et de malheureux enfants souffrant la faim. Et puis le riche, il ne se trouve pas bien chez nous, s'il est mécontent nos soins, a les moyens d'aller en chercher de meilurs ailleurs, tandis que l'indigent, content ou pas ntent, est forcé de rester où on le met, trop heureux ncore qu'on accepte de le garder et de le soigner. 'est dès lors un devoir sacré d'épuiser pour le pauvre utes les ressources, de lui octroyer tout ce qu'on acorde au riche, toutes ces douceurs qui ne coûtent pas argent et auxquelles il est d'autant plus sensible l'on n'a rien à attendre de lui. La question n'est donc s de savoir si dans les pensionnats, fussent-ils de Etat, on applique la méthode de liberté, mais bien si ns les services publics les indigents en bénéficient et ils peuvent en bénéficier. Voilà pourquoi j'estime l'il est indispensable dans cette question de ne pas êler ce qui se fait et est réalisé dans les maisons de nté avec ce qui se fait et serait réalisable dans les iles publics.

Il est tout aussi indispensable d'examiner séparément s deux faces de l'open-door, car il en est une qu'on eut adopter tout en répudiant l'autre. Il serait par nséquent très fâcheux de les présenter comme indisolublement unies. C'est encore la réponse de M. Chrisan à mes mémoires qui me porte à signaler ce second oint à l'attention de aliénistes français.

En effet, par un contraste curieux, autant M. Christian est partisan de la première partie, autant il paraît adversaire décidé de la seconde ; la symétrie des bâtiments dans les asiles lui sourit, l'agglomération centrale des services généraux a du bon, les galeries couvertes sont utiles, les murs extérieurs sont indispensables. M. Christian tient absolument à conserver à nos établissements leur cachet spécial ; il semble désirer qu'en y entrant aucune illusion ne soit permise et qu'on soit amené tout de suite à se dire : ici, je suis dans une maison de fous.

Aussi le savant médecin de Charenton est-il assez satisfait de nos hôpitaux d'aliénés. Sans doute pour lui ils ne sont pas parfaits, mais il a visité un assez grand nombre d'asiles dans différents pays de l'étranger, quelques-uns ayant une grande réputation et il peut affirmer que les nôtres peuvent supporter la comparaison. En conséquence, tels qu'ils sont, ils ne méritent pas l'anathème que je leur jette et M. Christian me reproche amèrement de les déclarer mauvais, archimauvais. C'était, paraît-il, nous raconte mon contradicteur, l'argument favori d'un médecin, mort depuis et bien oublié qui menait une campagne acharnée contre la loi de 1838 tandis qu'il laissait son frère végéter misérablement dans un de ces asiles qu'il attaquait si furieusement.

Comme ce médecin, je mourrai un jour, c'est très certain, et je serai bien oublié, c'est peut-être encore plus certain, mais j'aurai du moins sur lui cet avantage que, la nature ayant oublié de me donner un frère, on ne pourra jamais plus tard me reprocher de l'avoir laissé misérablement végéter dans les asiles que j'ai attaqués. Je dis dans *les* et non dans *nos* asiles, car ce que j'attaque ce ne sont pas *nos* asiles, ce sont *les* asiles, ceux des autres comme les nôtres ; mon attaque vise non les établissements de tel ou tel pays mais la méthode qui, jusqu'en ces derniers temps a présidé à la construction des hôpitaux d'aliénés dans le monde entier, méthode si néfaste que, n'était la grosse question d'argent, je proposerais de les raser tous, d'y porter la pioche et la torche, et sur leurs ruines fumantes, de répandre du sel à la mode antique. Quand on nous dit que nos asiles supportent la comparaison avec les meilleurs de l'étranger, je ne le contredis donc pas ; bâtis, en effet, d'après le même principe, celui de l'isolement, ils sont partout les mêmes et aussi détestables les uns que les autres. Mais où toute comparaison cesse d'être possible, c'est si on rapproche nos établissements, non plus de ceux construits à l'étranger d'après les vieux errements, mais de ceux édifiés conformément à l'open-door.

Et j'enrage précisément de voir notre pays laisser ainsi tous les autres le devancer dans cette voie du progrès, car je l'ai écrit et je le répète ici, de ces asiles nouveau modèle on en construit un peu partout, en Russie et en Suède, en Norvège et en Hollande et jusqu'en Amérique, partout excepté en France. Pour se convaincre que nous nous cramponnons à deux mains et désespéremment aux anciennes coutumes, il suffit de considérer le dernier asile bâti aux portes de Paris, la Ville-Lumière. M. Christian a-t-il jamais visité cette horreur qui s'appelle Villejuif et que nous avons eu le triste courage en 1889 de montrer aux médecins étranger comme le *dernier cri du jour* chez nous en matière d'hospitalisation de la folie? Si oui, il en est revenu sans doute enthousiasmé de Charenton, car cet établissement élevé par nos trisaïeux a du, en comparaison, lui sembler un modèle. Et voilà que, dans notre lutte pour empêcher le retour de telles erreurs, pour pousser les pouvoirs publics et les architectes à sortir des ornières, nous nous heurtons dès les premiers pas à un spécialiste aussi expérimenté et aussi autorisé que M. Christian, à celui-là même dont le secours nous est si précieux pour le triomphe de la partie morale de l'open-door! On voit donc combien il importe de distinguer dans cette question ses deux côtés.

Et quel argument donne le médecin de Charenton pour justifier une telle attitude? Du reste, écrit-il, il a

toujours pensé que tant vaut le médecin, tant vaut l'asile et il a toujours considéré comme secondaire ce qui paraît tant me préoccuper, ce qu'il appelle le vêtement extérieur, c'est-à-dire les bâtiments, aussi il ne comprend pas l'horreur que m'inspirent les murs extérieurs et intérieurs, les galeries couvertes, la symétrie des bâtiments. Certainement je suis d'un avis absolument opposé. J'estime pour ma part qu'Esquirol a eu mille fois raison de dire que l'asile devait être le principal instrument de guérison, et croyant à la nécessité de l'isolement pour celui-ci il a été logique en conseillant de construire les maisons d'aliénés telles qu'elles sont. Le malheur a voulu que là le génie de ce grand bienfaiteur des aliénés a créé, mais, qu'on en soit convaincu, si sur ce point il avait vu juste comme il a vu juste sur tant d'autres points, il eut conseillé au contraire l'asile aux portes et aux fenêtres ouvertes, l'asile-parc ou l'asile-village, sans murs extérieurs ni intérieurs, sans galeries couvertes ni sauts-de-loup, sans agglomération centrale et massive des services généraux, car logique dans cette voie de vérité comme il a été logique dans la voie de l'erreur, il eut adapté la maison au but à atteindre ; pour guérir il a fermé, parce qu'il croyait à la nécessité de l'isolement ; pour guérir il eut ouvert s'il avait cru à la nécessité de la liberté.

Bien loin d'être indifférent à la guérison, l'asile a au contraire, à mon avis, une importance si capitale que le meilleur aliéniste du monde verra ses efforts paralysés si celui-ci est mauvais. L'asile, en effet, est pour lui ce qu'est l'instrument entre les mains de l'artiste, un auxiliaire indispensable et qui est susceptible de tout compromettre s'il ne remplit pas les qualités requises ; le pianiste le plus génial ne saurait tirer de suaves mélodies d'un piano qui ne serait pas accordé ; l'aliéniste, fut-il de génie, n'obtiendra lui aussi que des résultats discordants s'il n'est pas secondé par les milieux et je suis convaincu qu'Esquirol vivant de nos jours et exerçant dans un asile ouvert eut obtenu pour un même nombre de malades trois fois plus de cures qu'il n'en a réalisées à Charenton. Les médecins actuels de cette célèbre maison guérissent beaucoup plus de malades en appliquant la méthode de liberté que s'ils eussent appliqué celle de l'isolement ; qu'ils n'en doutent pas, bien plus nombreux encore seraient les aliénés qu'ils rendent à la raison, si l'instrument dont ils se servent, leur asile, était mieux en rapport avec leur thérapeutique libérale.

C'est que le milieu quoiqu'on dise, a une influence énorme sur l'aliéné. Elle est peut-être plus grande chez lui d'une manière générale que chez le sain d'esprit. Rares, en effet, sont les malades qui restent complètement absorbés en eux-mêmes, puisant dans leur propre fond les éléments de leur délire. Dans l'immense majorité des cas au contraire, ce délire s'alimente des moindres accidents extérieurs qui se trouvent en conformité des dispositions psychiques morbides : un reproche pour un lypémaniaque sera la preuve qu'il est un indigne ; une indisposition physique, la preuve pour le persécuté qu'il est empoisonné ; une punition, la preuve pour le coupable imaginaire qu'il a commis des crimes et qu'il doit être châtié. De là la nécessité d'éloigner du malade tout ce qui est susceptible de l'attrister, d'accroître la mélancolie qui est le fond même de son mal. Or, est-il rien de plus triste qu'un milieu rappelant par trop la prison et la privation de la liberté ; un milieu apportant à chaque pas à l'aliéné la certitude qu'il est un être à part, retranché de la société ? Comment ne pas voir l'influence heureuse qu'exerceront au contraire sur lui une habitation et un genre de vie en tout conformes à ses habitudes antérieures, et peut-on croire par exemple qu'il soit indifférent à la guérison que le malade soit enfermé entre les quatre murs d'un quartier de l'asile de Toulouse et de Marseille ou d'être dans une section de l'asile d'Evreux et de Saint-Yon, avec vue non-seulement des jardins de l'asile, mais encore de tous les environs?

C'est que l'aliéné, en réalité, prend autant qu'il donne ; s'il projette dans le monde extérieur son état maladif, il y puise également tout ce qui est susceptible de corroborer ses croyances morbides. La nature, a-t-on dit, nous apparaît gaie ou triste, selon les dispositions de notre âme, et par un beau soir d'été, a chanté un poète, dans la campagne, le même son de la cloche du village sonnant l'angelus résonne délicieusement aux oreilles des amoureux enlacés sous la feuillée, et douloureusement à celles du père qui porte en terre le corps d'un enfant adoré. Sans doute, mais aussi combien, quand le cœur est triste, la moindre tristesse nouvelle, si légère qu'elle soit, prend des proportions démesurées ; il semble que, dans notre pauvre nature humaine, la douleur morale appelle la douleur morale ; l'esprit qui souffre frissonne au moindre souffle attristant ; or, la folie est la plus grande douleur morale de ce monde.

D'ailleurs les médecins de Charenton ont, sinon tous les jours comme moi, du moins assez souvent encore, la preuve de l'influence énorme exercée par le milieu sur les dispositions morbides de l'aliéné. En leur qualité de médecins d'un pensionnat, ils doivent surtout recevoir des placements volontaires, cependant un certain nombre de placements d'office se produisent. Or, n'ont-ils pas été très souvent à même de constater l'impression déplorable que laisse sur l'esprit des malades le passage par le Dépôt, impression que n'arrive à détruire ni la bienveillance excessive, ni la grande bonté du très distingué médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police. En vain, M. le Dr Garnier multiplie les attentions et les soins, en vain il met tout en œuvre pour convaincre les malades qu'ils sont dans un hôpital et non dans une prison, rien n'y fait. Rares, très rares sont ceux qui ne gardent pas de ce passage par le Dépôt une amertume au cœur. Ce souvenir entretient durant longtemps la croyance à l'indignité ou la révolte contre les mesures prises ou

haine des parents qui les ont sollicitées. Combien de ois l'ai-je entendu dans mon service d'hommes, cette emande : Pourquoi m'a-t-on conduit au Dépôt?

Non, il n'est pas douteux que la question de milieu 'ait une importance considérable et c'est pourquoi open-door comporte une modification profonde des ispositions architecturales des établissements d'aliéés. Quand on croyait l'isolement et un milieu spécial ıdispensables à la guérison des malades, on construiait des asiles spéciaux bien fermés ; aujourd'hui la néthode thérapeutique nouvelle est la méthode de liberté, la conséquence logique d'une telle transformaon du traitement est l'open-door, c'est-à-dire l'asile ux portes et aux fenêtres ouvertes pour 60 à 70 p. 100 es aliénés, fermé par des serrures ordinaires et une imple grille pour les 30 à 40 p. 100 des autres, asile ous forme de parc ou plutôt, pour les raisons données ans mes divers mémoires, sous forme de village, conception que M. Christian trouve plaisante et qu'il essaie e ridiculiser en le qualifiant de village d'opéra-comique, comme il a essayé tout dernièrement de ridiculiser a cure des buveurs. Le jeu est parfois dangereux et éserve des surprises. Déjà j'ai prouvé au savant médecin de Charenton, par des chiffres irréfutables, qu'il tait possible de guérir un ivrogne sur trois, chiffre ré d'une longue pratique de praticiens éminents. Qui ait ce que demain nous prépare et s'il ne me sera pas onné en France même de montrer à M. Christian mon illage d'aliénés ailleurs que sur la scène du Théâtre ational de la place du Châtelet ?

Dans tous les cas, il est utile, je crois, de dire que les eux côtés de l'open-door ne sont pas indissolublement nis et qu'il est permis de réaliser encore quelque bien ans nos milieux actuels, beaucoup moins sans doute u'avec un asile nouveau modèle, mais encore assez ; 'insister aussi sur ce point que ceux qui condamnent asile aux portes et aux fenêtres ouvertes ne sont nulement contraints pour cela de répudier la seconde artie, la thérapeutique morale par la méthode de liberté. Puissent les aliénistes français tenter cette exérience !

BIBLIOGRAPHIE

La cure marine de la phtisie pulmonaire, par le Dr Lalesque. (Paris, 1897.)

Cet ouvrage se divise en trois parties : *climatologie*, *climatophysiologie*, *climathérapie*.

Dans la première partie, l'auteur cherche les divers éléments du climat marin qu'il a en vue, c'est-à-dire du climat atlantique : la chaleur, l'humidité, les vents, la pression atmosphérique, l'ozone, etc.

Dans la deuxième partie, il analyse l'influence sur l'organisme de ces éléments et des conditions particulières, topographiques et autres, qui caractérisent le climat d'Arcachon.

La *climathérapie* constitue la partie clinique de l'ouvrage, sans contredit la plus étendue et la plus intéressante.

C'est une lecture attachante et réellement instructive que celle de ce livre, bourré d'idées et de documents.

Les documents, ce sont les observations météorologiques puisées aux bonnes sources ; les travaux d'Angot, Baulin, Marié Davy, Weber, Reclus... Ce sont les observations cliniques prises par l'auteur lui-même avec la science et la conscience du praticien sérieux.

Les idées — quelques-unes personnelles, toutes soutenues avec un accent de sincérité persuasive — sont l'âme de ce livre véritablement vivant.

Notons celles qui nous ont paru les plus saillantes :

Le climat méditerranéen est un climat continental. La France n'a qu'un climat marin : le climat du littoral atlantique.

Le point capital, dans le rôle de la préservation (en phtisiothérapie), n'appartient ni aux climats chauds, ni aux climats froids ; il est l'apanage exclusif de la *stabilité*.

La mer vaut la montagne. L'une et l'autre valent surtout, avant tout et par-dessus tout, grâce à l'élément commun : la pureté de l'air.

La cure libre — telle qu'elle se pratique à Arcachon — est préférable à la cure fermée du sanatorium allemand.

Les conditions techniques de cette cure libre — cure à la fois marine et forestière à Arcachon — sont magistralement décrites dans un chapitre qui est peut-être le meilleur de l'ouvrage.

Nombreux sont les états pathologiques justiciables du traitement climatique et hygiénique qu'on suit à Arcachon. L'auteur s'attache particulièrement à mettre en relief les bons résultats obtenus dans les formes éréthiques de la phtisie, avec fièvre, accidents congestifs, et même hémoptisie. C'est en effet dans ces formes rebelles au climat méditerranéen qu'il faut surtout recommander le sud-ouest.

Cette savante et très concluante étude est de celles qui ne peuvent passer inaperçues. Attendons-nous à de vives contradictions ; le littoral méditerranéen voudra répondre au littoral atlantique.

Le livre du Dr Lalerque, solide et bien documenté, survivra aux polémiques. Mais les meilleurs défenseurs de sa thèse seront assurément les malades, qui apprécient chaque année les bienfaits de la cure d'Arcachon. Dr Gandy (de Bagnère-de-Rigorre).

REVUE DE LA PRESSE

Diagnostic clinique de la scrofule. — M. H. Neumann croit que la scrofule est toujours de nature tuberculeuse et non pas seulement un terrain favorable

à l'ensemencement tuberculeux. La diathèse dite scrofuleuse est déjà la tuberculose. Mais il y a de nombreux symptômes dans la scrofule qui ne sont pas de nature tuberculeuse et qu'on pourrait appeler parascrofuleux. Le plus important des symptômes est l'adénite cervicale. Ces ganglions sont infectés par des affections tuberculeuses qui siègent dans les amygdales, les glandes palatines et pharyngiennes, et, enfin, les poumons. On s'est demandé s'il existe une tuberculose primitive des amygdales. Neumann croit que ces glandes sont souvent le siège d'une auto-infection qui atteint ensuite les amygdales. Mais dans ces dernières années, on a pensé aussi que les amygdales peuvent servir de terrain de culture aux bacilles qui sont introduits par la salive et l'air respiré. On a pu y constater des bacilles tuberculeux sans scrofule et celle-ci en l'absence de bacilles. Comme la tuberculose ulcéreuse du poumon est rare chez les enfants, on peut exclure l'infection primitive des amygdales.

L'infection des ganglions cervicaux est beaucoup plus fréquente par les ganglions bronchiques et pulmonaires. On trouve à l'autopsie des enfants qui ont succombé dans les premières années des ganglions bronchiques très souvent tuberculeux. On peut supposer l'existence de cette infection lorsqu'on trouve, le long du cou, une chaînette ganglionnaire s'étendant jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax. Cette coexistence des ganglions cervicaux et bronchiques est très fréquente, car l'adénopathie bronchique tuberculeuse existe chez plus de la moitié de ces malades. Ces ganglions, en réunissant la trachée à la colonne vertébrale, déterminent une respiration bronchique très rude. L'expiration est prolongée dans la fosse susclaviculaire droite et on entend la respiration bronchique dans les fosses sus et sous-épineuses. A la base, la respiration est affaiblie par suite d'une certaine compression de la bronche. La percussion donne peu de résultat, en avant le bruit est mat par suite de la tuméfaction du ganglion du médiastin.

Il y a une relation étroite entre l'adénopathie bronchique et la phtisie et l'on ne peut soutenir exclusivement la théorie de la contagion. Si l'adénite cervicale n'est pas toujours attribuable à une affection primitive de la gorge, on peut cependant constater un rapport étroit entre les deux. Lorsqu'il existe des ganglions scrofulo-tuberculeux, on trouve au moins dans un tiers des cas le gonflement des organes pharyngiens par suite de la stase de la lymphe. La tuméfaction des amygdales n'est qu'un symptôme éloigné de tuberculose. La tuméfaction des amygdales a ensuite pour conséquence des altérations de l'oreille moyenne, une tendance aux catarrhes infectieux aigus. L'otite qui se produit pour cette cause est plus rare et récidive facilement. Plus tard, il se produit des modifications secondaires des cornets et du squelette de la face. Le bord alvéolaire est raccourci, les dents permanentes tournent autour de leur axe. Il se produit un aspect caractéristique que l'on rapporte à la scrofule. Cet habitus scrofuleux est surtout très net de 9 à 14 ans.

Les phénomènes scrofuleux de la peau et des muqueuses doivent être recherchés surtout sur la face: ce sont les eczémas chroniques, la rhinopharyngite chronique à laquelle s'ajoute l'otite aiguë. Mais on ne doit pas considérer toutes les maladies de la peau où des muqueuses sans examen comme étant de nature scrofuleuse; il en est ainsi de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, de l'impetigo contagieux. L'eczéma prurigineux, le lichen rubes, les abcès cutanés au contraire ont maint rapport avec la scrofule.

Neumann distingue trois périodes à la scrofule, une première de 1 à 4 ans pendant laquelle se fait l'infection primitive par les bacilles tuberculeux. C'est la première période de l'ensemencement direct. La deuxième période est celle de la scrofule floride, des eczémas; il existe enfin une période tardive. En dehors des symptômes bien connus de la scrofule, Neumann fait ressortir l'importance de la fièvre, qui s'observerait non seulement dans les cas de suppuration avec rétention du pus mais dans les adénites scrofuleuses combinées avec des phénomènes pharyngiens. La température fébrile est peu élevée et ne dépasse guère 38°5.

Enfin comme circonstance pouvant être utile au diagnostic, Neumann cite les conditions d'hérédité qui donnent une proportion de 30 p. 100 de tuberculose chez les parents est parfois de 50 p. 100 chez les collatéraux.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

Un acarien dangereux des îles de la mer des Indes. — M. Mégnin. Le Dr Matignon, médecin militaire détaché à la légation de Chine, a signalé à l'Académie que les individus qui font usage des jeunes pousses d'aroche sont sujets à certains troubles se produisant sur les mains et les avant-bras : engourdissement, démangeaisons, fourmillements, phlyctènes.

La durée est de sept à huit jours. Survient alors la desquammation.

M. Matignon pense que ces accidents sont dûs au poison secrété par une arachnide qui vit sur l'aroche, et ce qui le confirme dans cette opinion, c'est que sont indemnes les personnes qui ne se servent d'aroche qu'après lavage ou cuisson.

On pourrait peut-être invoquer en faveur de cette hypothèse l'étude que je viens de faire de l'action sur l'homme d'un acarien de l'Ile-Maurice. Il y est connu sous le nom de *Touille-Canard*, en raison des dommages qu'il cause aux animaux élevés dans les basses-cours.

Il est même dangereux pour l'homme, notamment pour les enfants qui présentent de l'œdème de la langue et de la région pharyngienne, quand ils portent la main à la bouche après avoir touché ces acariens.

On m'a envoyé dix de ces animaux; mais ils sont arrivés

iorts. Je les ai fixés sur mon avant-bras. Au bout d'une eure j'éprouvai une légère sensation de brûlure qui alla rogressivement en augmentant au point qu'après quatre u cinq heures, cette sensation était une vraie douleur. Il avait un léger œdème sans changement de coloration, ais autour il y avait des boutons de prurigo.

On conçoit combien plus sérieuses auraient été les léons inflammatoires, si au lieu de la peau une muqueuse ût été atteinte.

Compression digitale de la prostate. — M. Guépin. Imainée par Reliquet et décrite par lui et M. Guépin en 1894, lle ne doit pas être confondue avec le massage ou l'expreson prostatique.

Elle a pour but et pour effet de provoquer la sortie des écrétions stagnantes des cavités glandulaires dilatées de la rostate et des vésicules et consécutivement le retrait de es mêmes cavités.

Dans presque toutes les prostatites aiguës, subaiguës u chroniques, localisées ou généralisées, la compression igitale de la prostate rend les plus grands services. Elle st particulièrement utile aux deux premières phases de hypertrophie prostatique, abrège la durée du traitement t complète son effet en amenant la diminution de volume e l'organe, c'est-à-dire la guérison de l'hypertrophie avec es troubles urinaires et les accidents infectieux qui en dépendent.

Sérothérapie préventive du tétanos. — M. Weber. Le étanos est plus ou moins abondant, suivant la région. Le érum antitétanique est dénué de résultats curatifs. Mais il st très efficace comme moyen préventif : en faisant en ême temps que l'opération une injection de sérum, les nimaux même dans les régions riches en cas de tétanos ont aujourd'hui absolument indemnes d'infection.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Tenu à Toulouse du 2 au 8 août 1897

(*Suite et fin* (1).

Étiologie et pathogénie de la paralysie générale. — MM. Mairet et Vires (de Montpellier). Depuis longtemps ous nous demandons si, derrière l'unité symptomatique t anatomique de la paralysie générale, ne se cache pas ne diversité de nature. Pour nous en rendre compte, ous nous sommes adressés à l'étude de l'étiologie et nous vons examiné à ce point de vue cent soixante-quatorze obervations complètes, choisies sur plus d'un millier que ous avons prises depuis vingt ans.

Nous avons toujours trouvé des facteurs susceptibles l'être regardés comme causes. Ces facteurs sont héréditaires (arthritisme, cérébralité, syphilis, tuberculose, maadies mentales et nerveuses) ou acquis (excès, intoxications, infections, etc.). Qu'ils soient ou non réunis chez le même individu, ces facteurs ont une valeur étiologique lifférente. Les plus puissants, sont sans conteste, les facteurs héréditaires. Pour le démontrer, nous avons fait appel à la clinique, à la statistique, à l'anatomie pathologique et à l'expérimentation. Nous les nommons « les causes de fonds de la paralysie générale ». Elles agissent toutes en frappant l'organisme de stérilité anticipée, en aggravant les effets de l'artério-sclérose, en provoquant une dénutrition cellulaire qui facilite les processus dégénératifs et inflammatoires. Il n'y a, par suite, rien d'étonnant à ce que le travail anatomique soit le même dans tous les cas, morphologiquement parlant.

Toutefois, si nous nous reportons aux causes occasionnelles de ce travail, nous voyons qu'il peut être dû à une maladie locale ou générale. De sorte qu'à ce point de vue il existe deux grandes variétés de paralysie générale : une paralysie générale, maladie locale du système nerveux; et une paralysie générale symptomatique d'une maladie générale. Cette distinction, fondée sur la pathogénie de la démence paralytique, conduit, on le comprend, à des conséquences thérapeutiques très importantes. Dans tous les cas où la paralysie générale est une maladie localisée, c'est au traitement pathogénique de la cause qu'il faut s'adresser. Dans les autres cas, la médication s'adressera, s'il y a lieu, à la diathèse.

Syphilis et paralysie générale. — MM. Carrier et Carle (de Lyon), apportent deux observations tendant à prouver l'influence prépondérante de la syphilis dans la paralysie générale.

La première a trait à une jeune fille de 18 ans atteinte de paralysie générale juvénile et qui en était arrivée à une période avancée de la maladie. Cette forme juvénile n'est point une rareté et elle permet d'étudier l'étiologie de la paralysie générale. L'âge des sujets permet, comme l'ont fait remarquer Régis et Fournier, d'éliminer toutes les causes banales auxquelles on continue à attribuer cette affection, c'est-à-dire l'alcoolisme, le surmenage, l'insolation, le traumatisme, toutes causes faciles à constater ou à retrouver. Il ne reste plus que la syphilis qui, lorsqu'elle existe, prend l'importance d'un facteur étiologique d'une valeur exclusive. Sous ce rapport cette observation est absolument probante.

M. Carrier croit que dans tous les cas de paralysie générale il faut rechercher avec grand soin la syphilis dans les antécédents personnels ou héréditaires surtout si le sujet est jeune. Dans tous les cas de paralysie générale acquise ou congénitale, il faut appliquer le traitement spécifique de la vérole, à l'aide duquel, si on n'obtient pas de véritables guérisons, ce qui est impossible, on peut du moins déterminer de longues rémissions.

De la folie paludique. — MM. Rey (d'Aix) et Boinet (de Marseille). Les faits ont été observés chez des sujets originaires des pays paludéens les plus variés (la Camargue, le Soudan, le Brésil, etc.) L'état mental concomitant de l'intoxication palustre se présente sous deux formes : pendant les grands accès de fièvre, on note un délire mélancolique avec stupeur, hallucinations, frayeurs et fugues inconscientes : — après les accès, pendant la convalescence, on trouve des bouffées délirantes, d'une durée plus ou moins longue, mais moins graves, et qui guérissent généralement vite sous l'influence de la quinine et du régime approprié. J'ai pu observer le passage de ces délires à l'état chronique, chez des dégénérés héréditaires, (soldats de la légion étrangère, des compagnies de discipline, des pénitenciers, etc.). Il se produit alors un véritable délire systématique, avec idées d'ambition ou de persécution. Ces troubles psychiques peuvent guérir encore ; mais souvent les malades

(1) Voir *France Médicale*, nos 33 et 34.

tombent dans un état de démence incurable. Enfin, j'ai vu des cas où les mêmes influences donnaient naissance à des états cérébro-médullaires analogues à ceux de la paralysie générale. Le retour des accès ne m'a pas semblé ramener le délire, du moins ordinairement.

M. Régis. Tous les faits du même genre que j'ai observés m'amènent à penser que les troubles psychiques liés à toutes les intoxications se ressemblent à s'y méprendre. Mais ce sont surtout des états de manie aiguë que j'ai rencontrés au cours du paludisme, et un certain nombre de ces délires se répétaient à chaque accès.

M. Cullerre. J'habite une région fertile en germes paludéens. Tous les cas de folie que j'ai observés chez mes paludiques n'avaient aucun caractère spécial qui les distinguât du délire des dégénérés.

M. Maurel. Les déportés que j'ai étudiés à la Guyane n'ont pas présenté non plus d'autre délire que celui des dégénérés, et encore les troubles mentaux n'étaient-ils fréquents que pendant les accès aigus. Quand l'autopsie de ces malades a été faite, on a toujours trouvé des lésions méningitiques caractéristiques.

Les aliénés vagabonds. — MM. Marie et Hamel classent ainsi les vagabonds :

1° Les vagabonds par misère, par chomage, justiciable de l'assistance ;

2° Les héréditaires, déséquilibrés inoffensifs, qui ne sont pas davantage justiciables des tribunaux ;

3° Les morbides, dont l'état échappe trop souvent à l'examen et sont condamnés, alors qu'un examen médical plus attentif les enverrait à l'asile et non à la prison. Les auteurs citent six observations d'individus qui ont fini par être enfermés dans un asile après avoir subi depuis des années des condamnations pour vagabondage et cris séditieux, causés certainement par la vésanie ;

4° Des pervers, qui vagabondent pour échapper à la justice, pour fuir le châtiment de leurs fautes. Ce sont les seuls qui ressortissent aux tribunaux, non pas pour le vagabondage, qui n'est pas un délit en lui-même, mais pour leur passé.

Les hallucinations de l'ouïe dans la démence sénile. — M. Pierre Parisot (Nancy). Les hallucinations de l'ouïe sont fréquentes dans la démence sénile délirante ; elles accompagnent plus spécialement le délire avec idées de persécution. Elle concernent des faits anciens ou des personnes connues depuis longtemps, affectent souvent le caractère triste ou injurieux et leur reproduction monotone témoigne du défaut de mémoire et d'imagination du dément sénile. Au début des troubles délirants, elles se manifestent de préférence la nuit et, quand la démence a fait des progrès, c'est encore la nuit qu'on les retrouve plus nombreuses ; l'hypnose naturelle rend manifestes des phénomènes psycho-sensoriels qui resteraient latents à l'état de veille.

Les hallucinations auditives ont besoin parfois pour éclore d'une impulsion ; il suffit d'un mot ou d'un nom bien connu prononcé devant un dément délirant, ou bien d'un sifflement ou de quelques bourdonnements produits par une lésion de l'oreille si commune à l'âge avancé.

La suggestion à l'état de veille permet souvent de faire renaître ou d'arrêter, au gré de l'observateur, des hallucinations auditives, mais elle ne peut en créer de nouvelles ; ces hallucinations provoquées se manifestent avec plus ou moins de netteté suivant le degré de suggestibilité ou de démence des sujets.

Pathogénie des borborygmes rythmés. — MM. J. Sabrazès et Lamacq ont étudié la pathogénie encore obscure des borborygmes. De leurs observations il résulte que :

1° Les contractures spasmodiques du diaphragme jouent un rôle essentiel dans la pathogénie des borborygmes rythmés ;

2° L'estomac est tombant, biloculaire. Il contient des liquides et des gaz provenant de fermentations anormales. Les bruits rythmés n'existent pas sans eux. Ces bruits sont d'origine gastrique ;

3° L'état névropathique du malade favorise l'apparition des spasmes phréniques ;

4° La sonde de Glénard en redressant la courbure gastrique et en amenant une compression énergique de l'estomac amène la disparition des bruits anormaux.

La moelle épinière des aliénés. — M. Anglade a examiné 40 moelles d'aliénés dont il faut distraire celles de 14 paralytiques qui méritent, par la fréquence des lésions et leur importance, une étude spéciale, celles de 12 déments apoplectiques dont les lésions médullaires obéissent aux lois de la dégénération secondaire.

Il reste 3 épileptiques dont 1 seul devenu épileptique à la suite d'un traumatisme considérable a présenté des lésions du cordon postérieur dans la région cervicale exclusivement. Enfin 11 aliénés proprements dits.

Deux de ces aliénés avaient présenté des symptômes médullaires. A l'autopsie, dans la moelle de l'un deux se voient des lésions de méningo-myélite tuberculeuse.

L'autre, dément stupide avec des contractures des membres inférieurs et des muscles du cou pendant quatre ans, présente une moelle tuméfiée à la région cervicale sur une étendue de 3 centimètres environ. A la coupe, cette moelle offre des lésions de sclérose diffuse avec destruction de la substance grise. Il n'existait pas de lésions centrales, et il est intéressant de constater qu'un sujet ayant présenté à la fois des troubles psychiques et des troubles médullaires offre seulement des lésions médullaires.

Six aliénés tuberculeux et morts des suites de tuberculose ont présenté des lésions de la substance grise et de la substance blanche. Dans la substance blanche, on observe de la dégénération des cordons postérieurs, d'une portion des cordons latéraux et antérieurs, celle qui avoisine la substance grise. Microscopiquement elle est caractérisée par la raréfaction de la myéline accusée surtout dans le faisceau de Burdach. Dans la substance grise, on constate l'altération des cellules radiculaires et des cellules de la colonne de Clarke. Colorées par la méthode de Nissl, elles laissent voir un protoplasma altéré. Les granulations chromatophiles sont fondues. Une substance homogène se colorant fortement par les couleurs d'aniline les a remplacées. Le noyau a perdu ses contours arrondis, et gagne la périphérie de la cellule, les prolongements sont sectionnés.

Un cas d'hémiplégie chez l'enfant. — MM. Bézy et Marie, de Toulouse. Une petite fille s'est bien portée jusqu'à 5 ans. A cette époque elle devient brusquement hémiplégique et ne peut plus marcher qu'avec un appareil. Nous ne pouvons avoir d'autres renseignements, cette enfant étant originaire d'un village de la montagne et recueillie dans un asile.

)epuis quelque temps elle marche, mais les deux membres même côté sont parésiés et atrophiés. La radiographie lique que l'atrophie est aussi marquée sur le squelette. xamen électrique montre l'hyperexcitabilité de certains ıscles, les autres sont normaux. On ne retrouve les nes classiques ni de l'hémiplégie spasmodique infantile de la paralysie spinale infantile. Il semble qu'il s'agisse ne lésion organique.

La rééducation suggestive de la volonté. — MM. P. LENTIN et P. HARTENBERG, de Paris. Parmi les nombreuses mes d'aboulies que nous avons étudiées et interprétées nformément aux théories histologiques et physiologiques plus récentes (Pitres, Grasset, Flechsig, etc.) nous ne ılons considérer dans ce travail que deux groupes bien féı ents.

A. — *Les aboulies occasionnelles*, qui surviennent accitellement, sont curables et doivent être attribuées à un uble passager du dynamisme psychique. 3 variétés :

1° Celles qui sont consécutives aux maladies graves ;

2° Celles qui sont dues à une diminution de conductibi- des voies motrices de l'arc réflexe psychique ;

3° Celles qu'entretient une peur autosuggérée de la douır.

B. — *Les aboulies constitutionnelles*, qui sont intimement es au caractère des malades. 3 variétés :

1° Par apathie ;

2° Par irrésolution ;

3° Par émotivité.

Les 3 variétés peuvent se combiner chez le même sujet. plus elles se montrent à des degrés très variables et à ır degré le plus grave elles se confondent avec les psyoses : mélancolie, folie du doute, phobies.

Traitement : La suggestion opposée aux troubles d'une ıction essentiellement active, telle que la volonté doit e avant tout active. On emploiera de préférence la *dynagénie suggestive*, complétée au besoin par le sommeil ovoqué.

Pour les maladies du groupe A, la méthode consistera à faire lever, marcher, se mouvoir. Cette gymnastique a ux conséquences favorables : d'abord, elle stimule le rveau et rétablit l'habitude du mouvement ; ensuite elle ssure l'émotivité des malades en leur montrant, par emple, que leurs craintes sont vaines. La guérison est bituelle.

Pour les malades du groupe B, il faut moins un traiteent momentané et curatif, qu'une direction morale conti-e. Si on le peut, on prendra les sujets dès l'enfance, on ır imposera une éducation conforme à leur caractère, on guidera dans le choix d'une carrière, on cherchera ême, dans le mariage, à unir des époux dont les tenances respectives à l'action puissent se compléter heuusement.

D'autre part, au cours de certaines crises paroxystiques aboulie, survenant chez les malades sous des influences ysiques ou morales, on aura recours à la suggestion aptée aux circonstances et à la personnalité de sujet.

Il est impossible de donner ici cette méthode en détail. ous le ferons dans un travail ultérieur, plus complet, nsacré à la même question.

Toxicité urinaire dans la chorée chronique héréditaire. — MM. RISPAL et BAYLAC, de Toulouse. L'étude de la xicité urinaire dans la chorée chronique a été négligée jusqu'à ce jour ; il n'existe qu'une observation récente de Carrière, de Bordeaux, qui a constaté l'hypertoxicité des urines.

Chez une malade atteinte de chorée chronique et progressive avec hérédité similaire, l'étude de la toxicité urinaire a montré un abaissement du coefficient urotoxique qui a varié entre 0.285 et 0.279. Il existe donc dans ce cas une diminution notable de la toxicité urinaire.

Tumeurs tuberculeuses du cervelet. — M. J. BAYLAC communique une observation de tumeurs tuberculeuses du cervelet chez un homme âgé de 28 ans, alcoolique avéré. Ces tumeurs étaient au nombre de deux et siégaient l'une sur la face inférieure du lobe droit, et l'autre sur la face supérieure du lobe gauche. Elles étaient toutes deux tangentes au grand sillon circonférentiel de Vicq d'Azir. Le lobe moyen était sain, ainsi que le cerveau, la protubérance et la moelle.

Pendant la vie, le malade a présenté des attaques épileptiformes, des vertiges, une démarche chancelante, titubante, une céphalalgie occipitale tenace, et une neuropapillite double. Il n'a jamais eu de vomissements. Il a succombé à une tuberculose pulmonaire au milieu de troubles psychiques très prononcés.

Un des points intéressants de cette observation réside dans ce fait que le malade avait été interné dans un asile d'aliénés pendant trois mois à l'âge de 24 ans pour un délire aigu accompagné d'idées de suicide et précédé d'attaques apoplectiformes.

Le délire mélancolique. — MM. VALLON et MARIE s'attachent à isoler dans le syndrome clinique de la mélancolie ce qui lui appartient en propre de ce qui peut n'être que symptômes variables et accessoires, et concluent qu'il y aurait lieu de distinguer des malades à idées mélancoliques les malades à délire mélancolique proprement dit.

L'assistance des aliénés dans les familles. — M. A. MARIE. L'asile aux portes ouvertes n'est possible qu'avec le système écossais de l' « Open-door », lequel repose essentiellement sur l'élimination progressive des chroniques et des incurables. On peut laisser, sans aucun danger ni pour eux-mêmes, ni pour les autres, dans les familles où ils sont placés, les aliénés parfaitement inoffensifs qui ne leur ont été confiés qu'après mûre réflexion Un triage systématique est indispensable pour asseoir sur une base solide l'assistance familiale des aliénés. Les fous gardés à l'asile bénéficieraient, d'autre part, des soins plus complets et plus assidus que les médecins, moins surchargés de malades, seraient à même de leur consacrer. Il y aurait donc, à l'application de l' « Open-door » intégral et bien compris, des avantages multiples. Voilà six ans que nous appliquons, à Dun-sur-Auron, ce système avec le plus grand succès.

Les obsessions. — MM. VALLON et MARIE.

Tumeurs multiples de l'encéphale et de la moelle allongée. Neuro-fibromatose centrale. — MM. A. MOSSÉ et CAVALIÉ présentent l'observation d un sujet de 42 ans, sans antécédents pathologiques et chez lequel ils avaient noté les signes suivants : paralysie faciale droite avec névralgie du trijumeau, céphalalgie continue depuis un an, torpeur intellectuelle, embarras léger de la parole, incertitude de la marche, parfois interrompue par des crises d'aspect épileptoïde (absence de cri initial, chute, quelques mouvements convulsifs, abolition très courte de la conscience).

Ces crises ne surviennent que pendant le jour et, lorsque le malade est en marche, elles sont précédées par une aura qui avertit le malade de sa chute.

L'examen ophtalmoscopique fournit les renseignements suivants : champ visuel fortement rétréci à gauche, cécité complète à droite. Névrite optique double, hémorragies rétiniennes. La malade mourut dans le coma quelques jours après son entrée dans le service.

A l'autopsie, l'attention fut immédiatement attirée par l'existence de *nombreuses petites tumeurs disséminées sur toute la base de l'encéphale, la protubérance, la moelle allongée* et d'une *volumineuse tumeur majeure* située dans le lobe latéral gauche du cervelet qu'elle déborde en haut et perfore en dessous au niveau du sillon circonférentiel près du vermis. Cette tumeur majeure est de couleur jaune ocracée, de consistance gélatineuse et de dimensions égales à celles d'une mandarine. Son aspect macroscopique rappelle le gliome.

Les petites tumeurs ont un volume qui varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un gros pois. On les trouve sur le cervelet, les lobules du pneumogastrique, les pédoncules cérébelleux, le bulbe, l'isthme de l'encéphale, les parois des ventricules latéraux, la cinquième temporale, les bandelettes optiques (qui semblent parsemées de verrues), les bandelettes olfactives, le bulbe olfactif, et sur plusieurs autres nerfs crâniens, au niveau de leur émergence (V, VII, IX, X). Les glandes pituitaire, pinéale, sont augmentées de volume et de consistance.

L'examen histologique a démontré la prédominance de l'élément névroglique, dans la constitution de ces tumeurs.

Deux hypothèses peuvent servir à interpréter cette observation, ou bien il s'agit d'une *gliomatose diffuse*, ayant eu le cervelet pour point de départ, ou bien il s'agit d'un processus ayant déterminé, sur les diverses régions encéphaliques mentionnées, un travail du genre de celui qui frappe les nerfs périphériques dans la neuro-fibromatose généralisée.

En d'autres termes, il s'agirait d'une *neuro-fibromatose régionale, centrale*. C'est à cette hypothèse que les auteurs s'arrêtent et c'est elle qu'ils proposent pour l'interprétation de l'observation présentée, sous la réserve de ce que leur apprendra l'examen détaillé du bulbe, de la protubérance et des nerfs crâniens, sur lesquels ils reviendront dans une étude ultérieure.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Saint-Etienne, tenu du 5 au 12 août 1897.

(*Suite et fin*) (1).

L'organisation de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires des divers degrés. — M. Pouchollé, de Cluny. 1. Le nombre d'heures accordées actuellement à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles normales primaires supérieures doit être augmenté, en raison même de la récente extension donnée aux programmes de c enseignement.

2. L'enseignement anti-alcoolique, au moins, doit êt placé en deuxième année dans les écoles primaires sup rieures, afin d'admettre le plus grand nombre d'élèv possible au bénéfice de cet enseignement.

3. L'article 106 du décret du 18 janvier 1887, qui énumèr les titres de capacité de l'enseignement primaire, doit êt modifié par l'adjonction aux 9 certificats spéciaux énu mérés, d'un *certificat d'aptitude à l'enseignement d l'hygiène* comprenant 2 degrés : degrés supérieur pour l professeurs d'écoles normales et d'écoles primaires sup rieures, degré élémentaire pour les instituteurs.

4. Il faut modifier les dispositions de l'arrêté organiqu du 18 janvier 1887 :

a) En ce qui concerne les examens du brevet supérieu et du certificat d'études primaires supérieures, par l'intro duction de questions écrites ou orales sur l'hygiène ave note distincte ; les commissions de ces examens devron comprendre obligatoirement un professeur pourvu du titr spécial d'hygiène.

b) En ce qui concerne les examens du brevet élemen taire et du certificat d'études primaires, par l'introductio d'interrogations orales, posées par les examinateurs ordi naires sur les notions d'hygiène comprises dans les pro grammes des écoles primaires élémentaires.

Après une discussion entre MM. Bard, Brémont, Machuel directeur de l'enseignement en Tunisie, Bernard, inspec teur d'Académie, Mangenot, inspecteur des écoles à Paris et de Valcourt, de Cannes, la section d'hygiène émet l vœu :

Que l'enseignement de l'hygiène dans les écoles pri maires des divers degrés soit institué sur des bases solides

Que l'on introduise des questions d'hygiène dans le pro gramme des diverses examens ;

Que l'on crée un certificat spécial d'aptitude à l'enseigne ment de l'hygiène assimilé aux autres certificats spéciaux déjà existants.

Hémorragie mortelle consécutive à la section du frein sublingual chez un enfant à sa naissance. — M. J. Reboul de Nîmes. La section du filet lingual chez les nouveau-nés est une opération des plus bénignes et communément pratiquée non seulement par les médecins, mais encore par les sages-femmes et les matrones sans la moindre précaution. Cependant, exceptionnellement, des accidents redoutables comme une hémorragie continue et impossible à arrêter peuvent survenir et entraîner la mort de l'enfant. C'est sur ces accidents si graves que M. Reboul désire attirer l'attention des cliniciens en publiant son cas.

Des suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires. — M. Rollet, de Lyon. L'origine sinusienne des inflammations orbitaires est souvent méconnue. M. Riolacci, de Saint-Etienne, a insisté récemment dans sa thèse sur la rareté des observations publiées de cette complication des sinusites maxillaires.

Maintes fois on a publié des cas d'ostéites du plancher de l'orbite ; on rapportait ces ostéites à des causes générales ou inconnues ; l'examen du sinus n'était pas fait. Or c'est là que l'on peut bien souvent observer le début de l'affection. L'infection des parties molles de l'orbite est consécutive à une ostéo-périotiste du plancher orbitaire. Or, la paroi supérieure du sinus est très mince, souvent présente des lacunes ; l'infection se propage directement du sinus à

(1) V. *France médicale*, n° 34, 1897.

bite ; ce n'est que très exceptionnellement que l'on rra invoquer l'infection de l'orbite par voie lymphatique genstecker) ou par voie veineuse (Gaillard).

'ostéo-périotiste du plancher de l'orbite revêt généralent une forme aiguë : on observe des symptômes généx, fièvre avec frissons, abattement ; des signes locaux actéristiques, douleurs à la pression sur le rebord orbie, douleurs spontanées dans le domaine sous-orbitaire, gœur érysipélateuse des paupières et de la joue, chésis, exophtalmie... Une petite tuméfaction se forme à la tie inférieure ou interne de l'orbite, s'abcède bientôt. l'orifice fistuleux s'échappent du pus, des masses éiformes et des petits séquestres.

D'autres fois, il s'agit d'une ostéo-périostite à forme ronique ; on observe les signes d'un phlegmon orbitaire oculaire, à marche insidieuse, des lésions ophtalmoscoques du nerf optique qui attirent l'attention et comndent l'examen du sinus maxillaire.

Le diagnostic peut être difficile. On songe à un érysipèle, n abcès, à une névralgie dentaire, on peut méconnaître rigine exacte de l'inflammation, si l'on oublie l'examen sinus et des fosses nasales.

On ne confondra pas ces ostéites symptomatiques avec ostéites tuberculeuses ou les sarcomes. Il faut se rappequ'au pus inflammatoire et banal que l'on évacue par le touri et la gouge est mélangée une sécrétion assez parulière au sinus maxillaire. Cette sécrétion consiste en s masses caséeuses, concrétées, d'une odeur extrêmeent fétide, que l'on retrouve, par exemple, dans le coryza séeux.

Ces lésions sont généralement très graves. C'est la mort suite d'abcès cérébral (Panas) ou de méningite (Mendel) ; st la cécité, suite du phlegmon oculaire (Brunschwig) ou atrophie optique (Gaine, Salter).

M. Rollet donne lecture de deux observations de suppuraons orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires. ns ces deux cas, il intervint par une ou deux ouvertures, nsidérant qu'un drainage alvéolaire est insuffisant dans s cas graves.

Amblyopies par l'alcool et le tabac dans la région onnaise. — M. L. Dor (de Lyon). La plupart de ces amyopies toxiques reconnaissent l'action combinée de ces ux causes ; néanmoins, on a pu prouver expérimentaleent la possibilité des amblyopies tabagiques pures ou alooliques pures, et en clinique la guérison a été obtenue r la suppression de celui des deux agents en cause.

La statistique de M. Dor père, édifiée depuis vingt ans ns la région lyonnaise, compte 519 cas d'amblyopie toxine sur 47.161 malades observés. La plupart de ces indidus absorbaient une moyenne de 100 gramme d'alcool r jour (soit 2 litres de vin) et consommaient 40 grammes tabac. Comme répartition des sexes, 2 femmes pour 7 hommes, d'un âge moyen de 50 ans, et habitant surut la ville : 79 p. 100 étaient de Lyon.

Le signe capital de l'amblyopie toxique est le scotome ntral pour les couleurs verte et rouge, avec persistance la vision du jaune et du bleu.

Contrairement aux daltoniens, ces amblyopes reconnaisent parfaitement toutes les couleurs dans le champ visuel ériphérique. Le faisceau central du nerf optique surtout st lésé.

Caractères radiographiques comparés de la goutte, u rhumatisme chronique et de la tuberculose. — M. Destot. La radiographie permet de déceler certains caractères bien nets :

1° *Dans la goutte*, les tophus forment des taches blanches en raison de la transparence de l'urate de soude ;

2° *Dans la poly-arthrite déformante chronique* (rhumatisme déformant), l'élargissement des trabécules osseuses coïncide avec un boursoufflement des têtes osseuses ; disparition rapide du cartilage constituant des caractères bien spéciaux ;

3° Les nodosités d'Heberden se rapprochent du morbus coxal et se caractérisent par des productions osseuses vraies et non par des agglomérats tophacés ;

4° Enfin, on peut considérer une forme particulière de tuberculose sèche, sur laquelle M. le prof. Poncet a surtout appelé l'attention, qui doit être nettement séparée du rhumatisme déformant qu'elle simule. Cette affection est caractérisée au point de vue radiographique par de l'infiltration blanchâtre par place des têtes osseuses ; le cartilage reposant sur un plan non résistant s'effondre en même temps que les os s'atrophient et s'effritent sous l'infiltration tuberculeuse.

Radiographie. — M. Destot. Voici la radiographie des circulations artérielles et veineuses de différents organes. Ces épreuves ont été obtenues : 1° avec une machine statique ; 2° avec un tube de ma fabrication.

La technique des injections consiste à préparer des masses de pénétration croissantes ; c'est ainsi que le même organe sera successivement injecté avec du suif, contenant : 1° de la poudre de bronze qui montrera la distribution générale des vaisseaux ; 2° d'argent réduit, qui montrera des réseaux plus fins ; 3° de l'onguent napolitain, qui pourra passer à travers les capillaires.

C'est de cette façon que l'on a pu poursuivre les vaisseaux du rein et passer à travers les glomérules.

Les réductions du sel métallique *in situ*, l'emploi du soufre en dissolution dans le sulfure de carbone, l'éther iodoformé donnent des images moins nettes.

Ces recherches ont été faites avec la collaboration de M. le Dr Bérard.

Le malade que l'on expose à la lumière d'un tube de Crookes, n'est pas seulement soumis aux vibrations particulières découvertes par le prof. Rœntgen, mais à un ensemble complexe de vibrations électriques qui dépendent : 1° du générateur électrique employé ; 2° de l'appareil électrique particulier qu'est le tube de Crookes.

Les modifications physiologiques observées doivent donc être nettement distinguées, suivant la cause qui leur donne naissance.

On devra donc nettement séparer les influences électriques des influences dues aux rayons X proprement dits.

Sans vouloir rapporter ici les observations des troubles trophiques signalés par différents auteurs, on peut dire que leurs caractères sont :

1° La durée de l'incubation, très longue, parfois (de quatre à vingt-sept jours), entre le moment de l'apparition des troubles trophiques et de ceux qui succèdent aux actions des agents physiques, lumière, chaleur.

2° La qualité des lésions observées, leur durée les rapprochant des troubles consécutifs à des lésions nerveuses ;

3° L'action du tube est insensible la plupart du temps.

Nous avons été frappé tout d'abord de ce fait que les troubles trophiques ne se produisaient pas avec la machine

statique alors que les rayons X étaient aussi beaux avec ce générateur qu'avec la bobine, et ce fait nous a conduit à penser que l'action électrique devait être la cause des troubles trophiques.

Au point de vue physiologique de la peau humaine, les conclusions auxquelles je suis arrivé sont :

1° Avec la bobine, on note un ralentissement du pouls accompagné de diminution du dicrotisme indiquant une tension plus considérable; on peut même observer, à la fin d'une séance d'une heure, l'arhythmie persistante;

2° Avec la machine statique on observe les phénomènes de même ordre, toutefois beaucoup moins accusés et n'arrivant pas à l'arhythmie; enfin, le tube arrêté, le pouls reprend immédiatement son rhythme et son allure;

3° L'interposition d'une lame d'aluminium mise au sol arrête les phénomènes.

Certains individus présentent une sensibilité particulière aux rayons X : sensation de vent, de souffle, de chaleur. Les rhumatisants sont surtout indisposés; certaines régions sont plus sensibles, ainsi, sur la poitrine, on note des contractions involontaires des pectoraux, des soubresauts.

Ces faits sont d'accord avec les observations qui démontrent que la ligne médiane du corps est plus sensible que les autres régions.

On note à la suite des expériences prolongées de véritables débâcles d'acide urique et de phosphate dans les urines.

Comment agissent les rayons X ? Par électrolyse ou par induction nerveuse ?

Guggenheimer prétend avoir obtenu des résultats sur les actinomètres, mais il résulte des recherches de M. Rigollot que cette action doit être imputée aux rayons électriques, la bobine déterminant seule les mêmes déviations de l'électromètre. D'autre part, il semble que l'hypothèse de l'induction soit confirmée par ce fait que les troubles augmentent en même temps que la fréquence diminue, que la saccade brusque donnée au potentiel nerveux détermine une irritation plus vive que les secousses fusionnées.

Enfin l'incubation longue, l'action générale sur le système circulatoire, sur les urines, semblent plutôt impliquer l'intervention du système nerveux; la spécialisation des ondes par le tube de Crookes déterminerait donc des troubles trophiques là où les ondes alternatives des courants de haute fréquence, si bien étudiés par le prof. d'Arsonval, provoquent simplement des changements de nutrition. Avec des atmosphères alternatives, il y a excitation, avec des atmosphères négatives, il y a irritation et troubles trophiques consécutifs; les rayons électriques agiraient donc mécaniquement sur le nerf et ce fait viendrait à l'appui de la théorie soutenue par M. Chauveau en 1859.

Enfin, de toutes façons, les rayons X ne joueraient aucun rôle par eux-mêmes et ce sont les rayons électriques qui les accompagnent qui sont la cause des troubles trophiques observés.

Rhumatisme goutteux. — M. Teissier (de Lyon). La pathogénie des rhumatismes chroniques est toujours controversée. Une grande incertitude règne pour classer les faits cliniques suivant leur nature. MM. Teissier et Roque (article Rhumatismes chroniques, *Traité de médecine*, Brouardel, Gilbert et Girode) tentèrent une classification rationnelle. Pour eux, on doit les diviser en trois groupes :

1. *Rhumatisme chronique déformant* (goutte asthénique de Landry, Beauvais) bien caractérisé par la tendance à la généralisation des lésions articulaires, la symétrie de leurs manifestations ordinairement bilatérales, l'absence de lésions endocarditiques, et son évolution naturelle vers la cachexie brightique ou tuberculeuse. Cette affection apparaît actuellement comme une *trophonévrose infectieuse*. Bien que son agent infectieux n'ait pas encore été isolé, il est permis de penser qu'on doit incriminer l'action des moisissures des maisons salpêtrées : ces mucédinées déterminent une méningo-myélite (trouvée plusieurs fois à l'autopsie), et, par suite, des troubles trophiques ostéopathiques avec déformations articulaires bien décrites par Charcot (types de flexion, d'extension...).

2. Le point de départ du deuxième groupe est tout différent. Les lésions extérieures sont analogues; mais *cette forme de rhumatisme chronique est une modalité du rhumatisme articulaire aigu* dont on signale toujours une ou plusieurs crises dans les antécédents.

Ce type de rhumatisme chronique n'est habituellement pas progressif; il atteint d'emblée son maximum; il va souvent en s'améliorant avec le temps, et ne passe pas ordinairement par la phase de troubles sensitifs (crampes et fourmillements) qui caractérisent le début de la forme précédente.

L'établissement de ce groupe avait peut-être été un peu téméraire, car jusqu'à ces dernières années on ne croyait pas que le rhumatisme articulaire aigu pût passer directement à l'état chronique. Cette idée a pourtant fait son chemin. Dernièrement, M. Barjon, de Lyon, a admis dans sa thèse que le rhumatisme chronique succède souvent au rhumatisme articulaire aigu.

3. Le troisième groupe est le plus controversé. Pour M. Teisssier, son autonomie paraît formellement établie. C'est le *rhumatisme goutteux*. C'est du rhumatisme au point de vue morphologique (arthropathies, déformations) et cependant c'est de la goutte par ses parentés morbides par les altérations viscérales que l'on y rencontre : il présente des nodosités d'Heberden, et surtout s'accompagne d'aortite et évolue vers la néphrite interstitielle.

Tels sont ces trois groupes nettement caractérisés. On pourra peut-être plus tard créer de nouvelles divisions des pseudo-rhumatismes chroniques (entre autres, le pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux).

Si l'on a taxé le troisième groupe d'arbitraire, c'est qu'on n'en a pas pesé suffisamment les différences et les caractères qui distinguent les 3 formes. On est allé trop loin en généralisant à outrance et en les englobant, comme l'a fait M. Barjon, dans une seule description : le syndrome rhumatismal.

Ce sont pourtant là des affections d'origines différentes, dont la prophylaxie et la thérapeutique ne seront, par suite, pas les mêmes. Elles diffèrent par leur étiologie : ce rhumatisme goutteux, sans endocardite, mais pouvant se compliquer d'altérations artérielles, de maladie de Hogdson, se produit chez des sujets ayant une hygiène parfaite et logeant dans des habitations saines. Il évolue vers la néphrite interstitielle.

Ces affections diffèrent aussi cliniquement, non seulement par leurs symptômes et la nature de leurs complica-

is, mais leurs parentés morbides ne sont pas les mêmes
ur le rhumatisme goutteux, nous trouvons dans les an-
édents : l'asthme, la gravelle, le diabète...
'expérimentation vient encore à l'appui de l'opinion de
. Teissier et Roque : comme la goutte, le rhumatisme
utteux s'accompagne d'une insuffisance rénale relative,
urines sont hypotoxiques : on observe, en outre, les
nes de la nutrition retardante et des dyscrasies acides :
pératures subnormales, 36°3, 36°5 le matin ; souvent
le soir ; le sang contient de l'urate de soude ; on trouve
l'oxalate de chaux dans la sérosité des vésicatoires. En
re, dans le liquide sanguin, on rencontre des cellules
inophiles. Ces cellules sont des organites frappés de
rt ; ils indiquent une nutrition ralentie et on les re-
uve dans le rhumatisme goutteux comme dans l'asthme
le psoriasis. Ces altérations hématologiques n'ont pas
observées dans le rhumatisme chronique progressif.
a radiographie, enfin, montre bien qu'il s'agit, dans de
eils cas, d'un véritable rhumatisme goutteux. C'est là le
nt essentiel de la communication actuelle. L'exploration
les rayons X qui n'avait pas été pratiquée au moment
MM. Teissier et Roque ont écrit leur article : Rhuma-
mes chroniques, a pu, depuis, être faite chez les princi-
ux malades qui avaient servi de base à leur description
mitive. L'épreuve a été concluante : elle a bien montré
e, dans ces cas, on ne constatait aucune des lésions du
umatisme progressif vrai dont l'altération essentielle,
n mise en évidence par M. Destot, est la disparition des
tilages articulaires précédant les altérations de l'os
prement dites, la pénétration réciproque des têtes
euses.
Dans le rhumatisme goutteux, rien de semblable ; aucune
ération du cartilage au début ; celui-ci apparait, au con-
ire, dans l'épreuve radiographique sous forme d'une
ne blanche caractéristique, et, si ce cartilage disparaît
s tard, c'est seulement lorsque l'arthrite sèche aura
cédé au tophus.
Quant aux nodosités d'Heberden, elles apparaissent sous
me de stalactites saillantes, représentées par des taches
nches dues à leur composition chimique différente (sels
iques) suivant les notions bien établies par M. Potain.
Remontant, enfin, à la nature de ce rhumatisme gout-
ux, M. Teissier cherche à montrer que l'uricémie qui lui
rt de base peut avoir une triple origine : tantôt, elle re-
ve d'un mauvais fonctionnement de la peau, tantôt,
mme dans les faits de M. Bouchard, elle provient d'un
ouble digestif caractérisé par les fermentations gastriques
un état congestif concomitant du foie (or, on sait qu'on
pu réaliser la synthèse de l'acide urique à l'aide de l'urée
de l'acide lactique), tantôt, enfin, elle semble dépendre
une insuffisance rénale innée ou acquise qui, combinée,
mme dans la goutte, avec l'hyperfonctionnement du foie,
outira fatalement à la rétention des sels uriques.
Ces distinctions paraissent, au point de vue de la prophy-
xie comme à celui de la thérapeutique, avoir une réelle
portance.

Traitement du mal de Pott. — M. Bilhaut (de Paris) a
examiner, depuis janvier 1897, *cent* malades atteints de
al de Pott. Des observations, des épreuves photographi-
nes recueillies, se dégagent les conclusions suivantes :
Le traitement du mal de Pott reconnaît deux grandes
dications fondamentales : 1° éviter l'apparition de la
osse ; 2° la corriger, si elle s'est déjà produite ;

Le traitement ne devra jamais être différé, la moindre perte de temps pouvant causer des désordres d'autant plus difficilement réparables qu'ils sont plus étendus ;

Au début, on emploiera l'immobilisation et l'extension continue. Grâce à l'application, pendant l'allongement aussi complet que possible du tronc et de la tête, d'un corset plâtré prenant bien les hanches et se terminant par une minerve, on réalisera, à la fois, l'immobilisation et l'extension continue.

Dans les gibosités accentuées, on tentera la réduction pendant l'anesthésie chloroformique, en procédant avec assez de mesure, assez de persévérance et de continuité dans l'effort pour se rendre compte du degré de réductibilité.

On ne fera jamais de *redressement brusque* ; il est de beaucoup préférable de procéder par étapes successives, quand la bosse est déjà ancienne et que sa correction demande une élongation importante non seulement du rachis, mais de tous les éléments qui se trouvent dans le segment compris entre les deux points extrêmes de la gibosité.

S'il semble nécessaire de songer à préserver la peau contre les escarres que produirait la saillie de l'épine, on aura recours à la *section sous-périostée* des apophyses épineuses ; on conservera ainsi le ligament interépineux qu'il est nécessaire de ménager.

Dans les régions difficiles à fixer, comme le cou, les lombes, chez les sujets turbulents, agités, chez les jeunes adultes, la réduction de la bosse fera l'objet d'une opération préliminaire que l'on complètera, à quelques jours d'intervalle, par la ligature métallique *temporaire* des apophyses épineuses.

Chez les adultes atteints de mal de Pott et non prédisposés par leur âge à la gibbosité en angle, on se bornera à l'immobilisation en bonne attitude.

Chez les sujets chétifs, à grosses gibbosités compliquées de lésions graves des viscères, de dégénérescence amyloïde du foie, des reins, d'abcès ossifluents avec ou sans fistules, il faut voir dans ces états autant de contre-indications formelles des manœuvres de redressement.

Le traitement sera de longue durée ; il ne devra comporter aucune interruption dans le maintien en bonne attitude et chaque appareil devra être parfaitement appliqué.

On ne permettra au malade de reprendre la marche, les exercices légers, qu'au moment où la consolidation sera assurée soit par l'ankylose de l'arc postérieur, soit par la reconstitution des corps vertébraux, avec ou sans soudure. C'est alors que la radiographie devra être utilisée ; elle pourra fournir aussi des indications très précieuses concernant la suppression définitive des appareils de contention.

XII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.

Le XII[e] Congrès international de médecine s'est ouvert à Moscou le 19 août, sous la présidence du grand duc Serge Alexandrowitch. Nous reproduirons les principales communications faites à ce congrès.

Le prochain congrès aura lieu à Paris en 1900, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue.

Pathogénie de la chlorose. — M. Charrin. La chlorose est l'apanage presque exclusif du sexe féminin Quelques cas signalés chez l'homme ont paru relever des anémies de croissance. La chlorose vraie, celle qui a fait dire à Trousseau qu'on crée des anémies, non des chloroses, est si rare chez les garçons que l'axiome de l'exception confirmant la règle peut être invoqué.

Quoi qu'il en soit, même en admettant la chlorose des garçons, les idées développées n'existent pas moins.

Les chlorotiques ont souvent des règles irrégulières ; l'évolution de la maladie n'est pas sans rapport avec la puberté ou parfois avec la ménopause.

D'autre part, aux approches de la menstruation, on note fréquemment une série de malaises, de douleurs, de céphalées, quelquefois d'éruptions, d'herpès, d'érysipèle. Les nourrices qui, exceptionnellement, ont conservé leurs règles, voient à ce moment, survenir, chez leurs nourrissons, de l'entérite, des érythèmes, etc.

Tous ces phénomènes, d'ordre toxique, s'apaisent après les règles.

Dès lors, on est porté à rechercher dans la zone génitale quelque cause explicative, de nature infectieuse ou toxique.

Les tentatives dans le sens de la bactériologie ont fourni des résultats habituellement négatifs, bien qu'on ait décrit des parasites de divers ordre ; les chlorotiques, du reste, ne succombent pas ; en général on ne peut examiner suffisamment les tissus ; en outre, les allures du mal, en dépit d'une légère et inconstante hyperthermie, ne sont pas celles de l'infection ; elles sont plutôt celles de l'intoxication, attendu qu'à l'aide de poisons divers il est possible d'engendrer les principaux symptômes, les principales lésions, en particulier l'altération qualitative des globules.

Dans le but d'asseoir sur des faits précis cette hypothèse de l'auto-intoxication, j'ai injecté du sérum sanguin de femmes à la veille de la menstruation ou tout de suite après. Malheureusement le sang, recueilli par des scarifications du col utérin nécessitées par l'état de l'organe, a été fourni en trop petite quantité ; j'ai injecté le sérum sous la peau de 7 souris, quatre ont reçu le liquide puisé avant les époques, trois le liquide puisé après ; ces témoins, à doses égales, ont succombé avant les autres.

Le sérum d'une chienne au second jour des chaleurs a tué à 14 par kilog. de lapin ; 3 jours après la terminaison complète de ces chaleurs, cette toxicité s'est élevée à 20 ; les animaux sont morts par thrombose, par un processus mécanique.

L'insuffisance de ces faits est manifeste, bien que ces résultats soient dans le sens de quelques essais tentés par Carnot.

Il est de plus possible de remarquer que certaines chlorotiques ont des règles abondantes, que d'autre part des suppressions menstruelles ne provoquent pas toujours la chlorose.

A la vérité, il est permis de répondre que les brightiques émettent beaucoup d'urine, 2 à 5 litres, la qualité importe autant que la quantité ; si les liquides d'émonction sont riches en eau, l'épuration se fait mal.

Il est également permis de répondre que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets ; tel un choc amenant une tumeur blanche chez un tuberculeux ; un accès, des dépôts d'urate chez un goutteux ; une simple entorse chez un sujet sain ; ces résultats dépendent en partie de l'état de l'organisme.

Or, brusquement, à l'heure de la puberté, les échanges se modifient ; la nutrition s'active ; ses déchets, soudainement abondants, réclament de nouveaux émonctoires. Plus tard, ces émonctoires sont créés ; à côté d'eux des voies de suppléance qui suffisent pour une économie qui n'est plus à la période des grands bouleversements.

On a invoqué l'influence de la tuberculose, des tares héréditaires, des auto-intoxications d'origine hépatique intestinale.

Les descendants des bacillaires ont souvent des cellules de qualité inférieure ; j'ai prouvé la chose à plusieurs reprises, au moment où l'intensité des actes nutritifs exige de la part de ces cellules des efforts ; les cellules, jusque-là suffisantes, ne peuvent remplir le surcroît de fonctions qui leur sont dévolues ; de là une insuffisance plus fréquemment constatée chez ces tarées héréditaires. Un mauvais état du foie, de l'intestin, ajoute ses effets morbides, favorise l'éclosion du mal, supprime les suppléances ; ce sont là des causes, des éléments étiologiques, non pathogéniques ; on confond étiologie et pathogénie.

J'ajoute que les travaux de divers auteurs, de Curatulo, de Kieffer, etc., représentent l'ovaire, l'utérus, comme des glandes internes ou plutôt mixtes, externes et internes.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que pour certaines chloroses, sinon pour toutes, il y a lieu de rechercher si une partie des désordres fonctionnels ou anatomiques caractéristiques de l'affection, ne dépendent pas de phénomènes autotoxiques relevant d'une insuffisance de l'appareil utéro-ovarien, agissant comme glande interne ou organe d'émonction ; surtout à l'heure des règles, de la puberté.

Les défenses gastro-intestinales vis-à-vis des toxines. — M. Charrin. — On sait qu'il existe, dans toute la longueur du tube digestif, en dehors des barrières anatomiques, épithéliales, une série de défenses, salive, mucus, sucs glandulaires, acides, bile, principes aromatiques, CO^2, phagocytes, etc , ayant surtout action contre les bactéries vivantes ; on connaît moins les protections organisées en vue d'atténuer les effets des sécrétions microbiennes.

On sait pourtant qu'on peut introduire impunément, dans l'intestin, 10, 20 centim. cubes d'une toxine qui, déposé dans le sang, tue à 1/2 de ces centimètres cubes ; j'ai montré que, pour ces principes d'origine parasitaire, il se passe ce qu'on observe pour le curare, les venins. Or c'est là un point important, attendu que, de toutes les portes d'entrée, celle du tube digestif est, dans la pratique, celle que choisissent les 4/5 des agents morbifiques.

Pourquoi ces toxines n'agissent-elles pas?

J'ai prouvé tout d'abord avec Cassin qu'elles sont absorbées, que l'influence du foie est insuffisante ; j'ai comparé les toxicités des volumes égaux de ces mêmes produits solubles broyés avec des poids égaux de foie, de rate, de rein, car l'injection dans la veine porte est de peu de valeur ; la solution qui pénètre par cette veine se dilue en premier lieu dans le lac hépatique, en second lieu dans la circulation générale, unique dilution, avant d'aller aux centres nerveux, de la solution déposée dans les capillaires périphériques ; en outre, la lenteur du système porte fait que cette injection pénètre plus lentement ; or, vitesse et degré de dilution peuvent tout fausser.

Avec Lefèvre, j'ai mis des toxines en digestion à 37° pendant 24 ou 48 heures, avec des sucs gastriques et intestinaux.

a pepsine imprégnée sur du phosphate de chaux a primé la toxicité de la toxine diphtérique utilisée. cide chlorhydrique agit fort peu.

vec Mangin, j'ai cultivé des parasites divers dans ces ines; or, comme l'a vu de son côté Metchnikoff, cette ure affaiblit l'action des sécrétions bactériennes.

es digestions, ces cultures, se font aisément dans tout e digestif.

e plus, avec Cassin, j'ai vu qu'un intestin dont la mu-use est morte laisse passer des toxines qui restent ives, qui altèrent le foie, tandis que ces toxines tout au s vaccinent, lorsque cette muqueuse est saine.

n outre, des sécrétions de cette muqueuse, on extrait principes qui, en agissant sur l'économie, retardent infection due à des microbes intestinaux.

es sucs digestifs, en transformant les toxines, les bacté-s, en les métamorphosant par leur évolution, certains ments de la muqueuse, etc., tels sont, en dehors des rières anatomiques, qui entravent l'absorption, la dia-e, etc., quelques-uns des processus de défense placés au veau de l'intestin contre les toxines.

Les modifications des échanges. Le type nutritif dans mmunité. — M. Charrin. Le professeur Bouchard a sou-nu le premier que l'immunité est une propriété cellu-re, formule adoptée par beaucoup d'auteurs.

En suivant cette idée, j'ai cherché, avec Desgrez, à éta-r le type nutritif des animaux vaccinés, sans me préoc-per tout d'abord des produits spécifiques. Nous avons s des lapins solidement vaccinés contre le bacille pyo-anique, en pleine santé, ne subissant plus en rien l'in-ence des toxines vaccinantes qui accélèrent souvent la trition en donnant des accès de fièvre.

Nous avons mis ces animaux à un régime d'entretien, t et carottes, isolés ou réunis, suivant les séries ; après usieurs jours d'entraînement à ce régime, les rations ali-entaires étant parfaitement semblables, nous avons ana-sé les urines.

Une première série a donné, au point de vue de l'urée, s différences faibles, mais les quatre autres ont montré e l'urée chez les immunisés était inférieure de 1/4, 1/3, 2 à celle des lapins normaux.

A vrai dire, il s'agit là d'animaux réfractaires par un pro-ssus plus bactéricide ou phagocytaire qu'antitoxique ; il agit d'animaux parfaitement vaccinés, sans aucune trace s mauvais effets des toxines. Dans d'autres conditions, à autres degrés d'immunisation, à d'autres périodes, on ourra trouver d'autres résultats.

Une série de considérations ou d'expériences conduisent, ailleurs, à établir d'autre part la participation des cel-les, à la genèse des éléments protecteurs, bactéricides, ntitoxiques, etc , et cela sans parler des modifications des nagocytes, dont l'augmentation d'activité indique claire-ent un changement cellulaire.

Injectez du sérum anti-diphtérique actif à un premier roupe de lapins ; recueillez les urines de ces lapins qui çoivent 1 ou 2 centimètres cubes de ce sérum, tous les urs ou tous les deux jours. Déposez ces urines fraîches ous la peau de plusieurs cobayes, à raison de un centi-ètre cube ou deux par vingt-quatre heures ; allez jusqu'à 5, 20, 25 par animal ; puis introduisez de la toxine diphté-ique : vous pourrez voir que ces cobayes, comme je l'ai onstaté avec de Nittis, n'ont pas d'accroissement notable e leur résistance.

Il en résulte que les composés anti-toxiques ne paraissent pas s'éliminer d'une façon appréciable, conformément à l'opinion du professeur Bouchard.

D'autres auteurs, il est vrai, estiment le contraire ; mais tous sont d'accord pour reconnaître que, si on administre quelques centimètres cubes de ce sérum antidiphtérique à un second groupe de lapins normaux au bout de quelques semaines, au bout d'une durée variable avec le volume utilisé, on ne trouve plus, dans leurs tissus, de quantités saisissables de ce sérum. Ainsi, que ce soit par voie d'élimination, que ce soit par un autre procédé, ce sérum disparaît, avec lui les corps antitoxiques.

D'un autre côté, si vous vaccinez un troisième groupe de lapins, par les moyens habituels, en employant les produits solubles du bacille de Löffler, même en injectant une dose de ces produits solubles inférieure à celle du sérum antidiphtérique déposée chez les animaux du second groupe, vous obtiendrez une immunité durable. Cette immunité prendra fin assurément ; toutefois elle persistera au-delà du temps que le sérum a mis à disparaître chez les sujets du second groupe, c'est-à-dire que ces lapins du troisième groupe possèderont, dans leurs humeurs, des corps antitoxiques plus longtemps que les précédents.

En résumé, les éléments protecteurs antitoxiques introduits directement, sous forme de sérum, disparaissent par un procédé quelconque, élimination, oxydation, etc. ; chez les sujets immunisés par les toxines, ces éléments persistent, sans qu'on en fasse pénétrer artificiellement du dehors. Dès lors, il faut admettre que les tissus participent à la genèse de ces éléments protecteurs.

On ne saurait prétendre qu'on les a fait pénétrer inclus tels quels dans les toxines. En premier lieu, si on les cherche dans ces toxines, on ne les décèle pas : ces toxines préviennent le mal, mais, loin de le guérir, elles l'aggravent ; en second lieu, ils n'apparaissent que plusieurs jours après l'arrivée de ces toxines ; en troisième lieu, ces toxines s'éliminent assez vite ; en quatrième lieu, cette élimination prend fin après quelques semaines, et pourtant, à ce moment, ces corps protecteurs sont de plus en plus manifestes ; en cinquième lieu, il n'existe pas de principes défensifs, bactéricide ou antitoxique, supportant 100, tandis que certaines toxines vaccinantes les supportent.

Urologie du nouveau-né. — M. Charrin. Mes recherches m'ont amené à reconnaître que l'urine du nouveau-né normal, âgé de 1 à 5 mois, est pauvre en urée, en pigments ; elle est peu toxique, si on la considère au point de vue absolu ; on augmente cette toxicité en faisant varier l'alimentation, en donnant de la potasse, en s'adressant à des sujets en proie à des fermentations intestinales excessives, à des débiles par hérédité, à des êtres à désassimilation active.

Toutefois, si on tient compte des volumes, des poids, on voit qu'un kilogramme de nouveau-né élimine à peu près la dose capable de tuer sensiblement ce que tue le volume fabriqué par un kilogramme d'adulte.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Collège de France. — Le ministre de l'Instruction publique vient de créer au Collège de France un laboratoire

de *médecine expérimentale*, dont la direction a été confiée à M. le Dr Charrin, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Nous ne doutons pas que ce laboratoire, placé sous cette direction, ne donne bientôt les résultats les plus sérieux.

Hôpitaux de Paris. — Concours de la médaille d'or. — L'ouverture du concours de la médaille d'or (médecine) aura lieu le lundi 13 décembre 1897, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 5 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

L'ouverture du concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) aura lieu le jeudi 16 décembre 1897, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 17 août 1897, ont été promus :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Grand-Mourset, Jabin-Dudognon et Gazeau.

Au grade de médecin de pemière classe. — MM. les médecins de deuxième classe Conan, Masurel, Moussoir et Lefèvre.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 17 août 1897, M. Clavel, médecin en chef de deuxième classe des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de première classe, pour prendre rang à compter du 1er du même mois.

Distinctions universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 4 juin 1897, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le Dr Ricci, à la Terrasse (Isère); MM. les Drs Delmas, médecin principal de deuxième classe, chef de l'hôpital militaire de Rennes; Renard, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 1er corps d'armée; Bontemps, à Saumur; Waill, à Beuzeval; Iszenard, à Saint-Denis; Richard, à Autrey-les-Gray; Morisson, médecin-chef, hôpital militaire de Vincennes; Vast, à Vitry-le-François; Bilhaut, Edmond Pottier, Selle, Vergeade, à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Bonnet, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère); Gastou, à Aix-les-Bains (Savoie); Gonthier, à Moutiers (Savoie); Laffin, à Sallanches (Haute-Savoie); Montoya (de Paris); Romain, médecin de l'Ecole normale d'institutrices de Valence (Drôme). — MM. les Drs Larue, médecin-major de deuxième classe; Audiguier, à Toulouse; Journet, de Laure; Massine, à Thuir; Milet, à Noyon; Michelot, à Langres; Talazac, à l'Isle-en-Dodon; Treille, à Lavaveix-les-Mines; Marcaillou, à Blida; Meyer, à Beaumont-sur-Oise; Louazel, à Hédé; Gourdon Fromentel, à Gray; Perrot, à Vesoul; Toussaint, à Albert; Gondouin, à Argentan; Hommey, à Sées; Alary, à Sigean; Mougin, à Vitry-le-François; Le Béot, à Caen; Goudounèche, à Ussel; Arnaud, Boutin, Floersheim, Fouquet, Frey, Isidor, grand, Leriche, Peignon, Bloch, Veil, à Paris.

Nécrologie. — M. le Dr Didion, médecin honoraire hospices de Metz, décédé à Nancy à l'âge de 70 ans. — Dr Latapie, de Lourdes, reçu en 1860. — Le Dr Luys, m bre de l'Académie de médecine, ancien médecin de la rité, décédé à l'âge de 69 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la trente-troisième maine, du 15 au 21 août 1897, le service de la statistiqu compté 836 décès, chiffre inférieur à celui de la sema dernière 866 au lieu de la moyenne 888.

Les maladies épidémiques sont plus rares (22 au lieu 19 et de la moyenne 51), la fièvre typhoïde a causé 8 dé au lieu de 7 et de la moyenne 11, la rougeole 6 au de la moyenne 14, la coqueluche 5 au lieu de 1 et d moyenne 4, la diphtérie 2 au lieu de 1 et de la moyenne

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni scarlatine.

On a signalé 1 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 117 dé au-dessous de 1 an au lieu de 139 et de la moyenne 112.

En outre 25 enfants sont morts de débilité cong tale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respi tion ont causé 60 décès (au lieu de 64 pendant la sema précédente et au lieu de 83, moyenne ordinaire de la son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronch aiguë, 3 décès (au lieu de la moyenne 8 ; bronch chronique 19 décès (au lieu de la moyenne 15); bronc pneumonie, 15 décès (au lieu de la moyenne 19); pneu nie 23 décès (au lieu de la moyenne 21). Les autres m dies de l'appareil respiratoire ont entraîné 20 décès, d 9 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 145 décès au lieu de moyenne 178 ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la m ningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles précèdent ont causé 26 décès ; l'apoplexie, la paraly et le ramollissement cérébral, 42 décès, et les malad organiques du cœur, 50 ; le cancer a fait périr 60 p sonnes. Enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sén

Il y a eu 16 suicides, et 12 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 465 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.101 enfants viva (565 garçons et 536 filles), dont 801 légitimes et 300 illé times. Parmi ces derniers, 48 ont été reconnus immédi tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 320 enfants, don seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 85 seront nour au sein et 235 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 87 mort-nés (dont 58 lé times et 29 illégitimes).

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglyc Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la cons pation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*